Aus der Universitäts-Hautklinik zu Breslau
Direktor: Professor Dr. med. H. Gottron

Infektionsquellenforschung bei Lues in Schlesien

*

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
in der Medizin und Chirurgie
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

Vorgelegt von
Heinz Ernst
aus Frankfurt (Oder)

Kiel 1940

KZ-Druckerei, Kiel

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau

Referent: Prof. Dr. Gottron
Dekan: Prof. Dr. Gutzeit

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die statistischen Arbeiten an der Breslauer Universitäts-Hautklinik von Schiwy für die Jahre 1910, 1913 und 1919 bis 1926, von Fröhlich über den Zeitraum von 1927 bis 1930 und von Riege von 1931 bis 1935 zeigen, abgesehen von einem vorübergehenden Ansteigen in den Jahren von 1931 bis 1933, eine stetige Abnahme an frischer Lues. Ein rückwärtiger Verlauf der Lues läßt sich nicht sicher voraussagen; das beweisen die großen Schwankungen, die sich über große Zeiträume in der Luesmorbidität gezeigt haben, und auch wieder der Anstieg von Erkrankungen, den Riege nach einem Tiefstand der Zugänge im Jahre 1930 beobachten konnte. Außerdem ist die Häufigkeit der Fälle von Frühlues in Schlesien, und zwar im oberschlesischen Bezirk im Vergleich zu den sehr geringen Krankheitsziffern in den meisten inneren Reichsgebieten noch eine sehr große. Im ganzen gesehen hat aber die Bekämpfung der Lues große Erfolge gezeitigt. Das Absinken der Erkrankungen ist im wesentlichen ein Verdienst der wirksamen Therapie, der Aufklärung und der Fürsorge. Im Hinblick auf die anhaltende Häufigkeit der Lues in den östlichen Bezirken Schlesiens erscheint die Infektionsquellenforschung in dieser Provinz aber dringend erforderlich.

Zusammenstellung des Krankenguts.

Die Zusammenstellung umfaßt folgendes Krankengut vom 1. April 1926 bis zum 1. April 1938:

Universitäts-Hautklinik Breslau		
Männerpoliklinik und Klinik .	477	Krankenblätter
Frauenpoliklinik und Klinik .	295	„
Standortlazarett Breslau . . .	156	„
Standortlazarett Schweidnitz . .	85	„
Standortlazarett Neiße	14	„
(in den 2½ Jahren seines Bestehens)		
also insgesamt	1027	Krankenblätter.

Berücksichtigt wurden auch die Fälle von Lues latens, soweit sie auf einer Infektion während dieser Zeitspanne beruhten. Von den Fällen der Hautklinik wurden nicht berücksichtigt die Kranken, die vor Anlage eines Lues-Krankenblattes zwecks anderweitiger Behandlung die Klinik verließen. Um mögliche Doppelzählungen zu vermeiden, sind die der Hautklinik vorgestellten Soldaten im folgenden Krankengut nicht aufgeführt.

Berufsstatistik der infizierten Männer und Anteil der einzelnen Berufsgruppen an Infektionsquellen.

In der Vorerhebung wurde zunächst festgestellt, wie häufig die verschiedenen Berufsgruppen unter den Infizierten vertreten sind. Dann wurde untersucht, wie oft die Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen als Infektionsquellen in Frage kommen. Die Häufigkeit der Luesfrüherkrankungen in einer Berufsgruppe wird dann in der folgenden Statistik gegenübergestellt der Häufigkeit, mit der die Berufsgruppe als Infektionsquelle auftritt. Es wurden dabei die absoluten Zahlen sowie die prozentuale Beteiligung unter dem Gesamtkrankengut ermittelt. Bemerkt sei dabei, daß die Angaben über

den Partner sehr lückenhaft sind. Als Infektionsquellen wurden daher alle angeführt, die schon als solche der Klinik zugegangen sind, und jene Partner, die von den Kranken der Universitäts-Hautklinik als Infektionsquellen angegeben wurden.

Der gesamte zwölfjährige Zeitraum wurde in drei Abschnitte von vier Jahren untergeteilt. So ist es möglich, festzustellen, ob durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten oder andere Umstände eine Verschiebung in den Berufen eingetreten ist. Der Zugang eines Jahres genügt für eine Statistik nicht. Aber auch die Zahl der Zugänge der letzten vier Jahre ist vom Standpunkt des Statistikers noch recht gering. Ich glaube, daß sich auch für diesen Zeitabschnitt trotz des Fehlens der hohen Zahl im ganzen ein klares Bild ergibt.

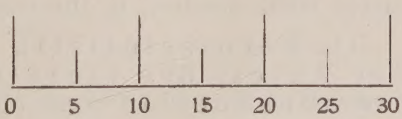
Die Erkrankungen der Soldaten werden gesondert am Schluß der Arbeit behandelt, weil es sich um Angehörige einer in sich geschlossenen Organisation handelt. Soldaten und Arbeitsdienstmänner wurden in der folgenden Berufsstatistik nur berücksichtigt, wenn sie von einer Kranken der Hautklinik als Infektionsquelle angegeben worden sind.

Berufsstatistik der Männer.

Berufe	1.4.1926 — 31.3.1930				1.4.1930 — 31.3.1934				1.4.1934 — 31.3.1938			
	Kranke absolut	%	Infekt.-Quell. absolut	%	Kranke absolut	%	Infekt.-Quell. absolut	%	Kranke absolut	%	Infekt.-Quell. absolut	%
Handwerker und gelernte Arbeiter	46	18,0	12	16,6	44	29,4	10	17,3	18	26,5	4	14,3
Ungelernte Arbeiter	19	7,3	6	8,3	8	5,3	2	3,4	4	5,8	1	3,6
Landarbeiter	14	5,4	4	5,5	6	4,0	2	3,4	4	5,8	1	3,6
Kaufleute	22	8,4	6	8,3	10	6,7	3	5,1	9	13,2	2	7,1
Vertreter und Reisende	16	6,1	5	6,9	5	3,3	6	10,2	6	8,4	2	7,1
Studenten	17	6,5	5	6,9	13	5,7	6	10,2	2	2,9	—	—
Schiffer	15	5,6	4	5,5	6	4,0	6	10,2	5	7,3	2	7,1
Guts- und Hofpersonal	15	5,6	6	8,3	9	6,0	3	5,1	4	5,8	2	7,1
Beamte	14	5,4	1	1,4	4	2,6	1	1,7	1	1,5	1	3,6
Büroangestellte	13	5,0	2	2,8	6	4,0	3	5,1	3	4,4	1	3,6
Landwirte und Inspektoren	11	4,2	5	6,9	4	2,6	2	3,4	1	1,5	—	—
Gastwirte und Kellner	5	1,9	2	2,8	4	2,6	2	3,4	2	2,9	2	7,1
Lehrjungen	9	3,4	1	1,4	3	2,0	—	—	2	2,9	1	3,6
Chauffeure und Kutscher (Stadt)	7	2,7	2	2,8	3	2,0	3	5,1	1	1,5	—	—
Akademiker	9	3,4	2	2,8	7	4,6	1	1,7	1	1,5	—	—
Künstler und Musiker	7	2,7	1	1,4	3	2,0	1	1,7	—	—	—	—
Ambulante Gewerbetreibende	7	2,7	3	4,1	4	2,6	1	1,7	1	1,5	1	3,6
Artisten	4	1,5	—	—	3	2,0	1	1,7	—	—	—	—
Fürsorgezöglinge	3	1,1	1	1,4	2	1,3	—	—	1	1,5	1	3,6
Gefangene	5	1,9	—	—	2	1,3	—	—	1	1,5	—	—
Rentner	3	1,1	1	1,4	2	1,3	1	1,7	2	2,9	—	—
Soldaten	* Nicht aufgeführt. Siehe Vorbemerkung.		3	4,1	* —	—	2	3,4	* —	—	4	14,3
Arbeitsdienstmänner			—	—	—	—	3	5,1	—	—	3	10,7

Die folgende, alle zwölf Jahre umfassende Kurve zeigt deutlich, welche Berufsgruppen der Männer eine hohe Zahl an Infektionsquellen im Vergleich zu ihren Anteilen an Luesfrüherkrankungen aufweisen:

Handwerker und gelernte Arbeiter	34 % Kranke 16 % Infektionsquellen	
Ungelernte Arbeiter	6 % Kranke 5 % Infektionsquellen	
Landarbeiter . .	5 % Kranke 4 % Infektionsquellen	
Keufleute	9 % Kranke 7 % Infektionsquellen	
Vertreter, Reisende	6 % Kranke 8 % Infektionsquellen	
Studenten	6 % Kranke 6 % Infektionsquellen	
Schiffer	6 % Kranke 8 % Infektionsquellen	
Guts- und Hofpersonal . . .	6 % Kranke 7 % Infektionsquellen	
Landwirte und Inspektoren . . .	3 % Kranke 3 % Infektionsquellen	
Gastwirte und Kellner	3 % Kranke 4 % Infektionsquellen	
Lehrjungen	3 % Kranke 2 % Infektionsquellen	
Ambulante Gewerbetreibende	2 % Kranke 2 % Infektionsquellen	
Soldaten	Kranke 7 % Infektionsquellen	
Arbeitsdienstmänner	Kranke 8 % Infektionsquellen	



Kurz einige Erläuterungen. Stark vertreten als Infizierte wie auch als Infektionsquellen sind die Handwerker und gelernten Arbeiter, bei denen es sich zahlenmäßig meist um Arbeitnehmer handelt. Diese Feststellung stimmt auch mit der Erfahrung von Delere überein, der in der Provinz Westfalen fand, daß die meisten Zugänge an Lues aus den Arbeiterkreisen stammen. Die hohen Zahlen, die diese Berufsgruppe bei den Erhebungen stellt, dürfen im Hinblick auf den Anteil, den sie unter den Berufstätigen einnimmt, nicht zu der Annahme verleiten, daß hier fast ausschließlich die Luesüberträger zu suchen seien. Im Gegenteil, der Anteil, den diese Berufsgruppe prozentual gesehen an Infektionsquellen hat, ist in den zwölf Jahren noch nicht einmal halb so groß wie der an Infizierten.

Absolut und insbesondere prozentual gesehen kommen die Reisenden, Vertreter, Kaufleute, Händler, Schiffer und die im Gastwirtsgewerbe tätigen Personen vorwiegend als Infektionsquellen in Betracht. Die Zahlen werden bei diesen Berufsgruppen noch bedeutender, wenn man bedenkt, daß der Anteil, den diese unter den Berufstätigen einnehmen, ein verhältnismäßig kleiner ist. Es handelt sich hierbei um Berufsgruppen, die viel unterwegs sind oder vermehrt mit der Bevölkerung in Berührung kommen. Zwar ist die Lues unter den Flußschiffern nicht so häufig wie bei den Seeleuten, die nach Bregers Angaben in Hamburg ein Drittel der Zugänge ausmachen; berücksichtigt man aber, daß die Zugänge an lueskranken Flußschiffern sich auf alle Binnenhäfen verteilen, so wird die Häufigkeit der Lues unter den Binnenschiffern wieder umfangreicher. Bemerkenswert ist hierbei, daß von den beobachteten Binnenschiffern sich nur zwei ihre Infektion in den Seehafenstädten erworben haben; in allen anderen Fällen war der Weg der Verschleppung flußabwärts und nicht flußaufwärts. Morschhäuser in Köln hat auf Grund seiner Erfahrungen bei der Rheinschiffahrt auch die Betreuung der Binnenschiffer gefordert. Nach dem 1937 erfolgten Beitritt des Reiches zum internationalen Brüsseler Abkommen von 1924 für die Seeleute wurde jetzt auch das Augenmerk auf die Binnenschiffer gerichtet. Aus diesen Hinweisen wird auch ersichtlich, daß man bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der letzten Zeit das Augenmerk immer mehr auf die männlichen Personen mit wechselndem Wohnsitz gerichtet hat.

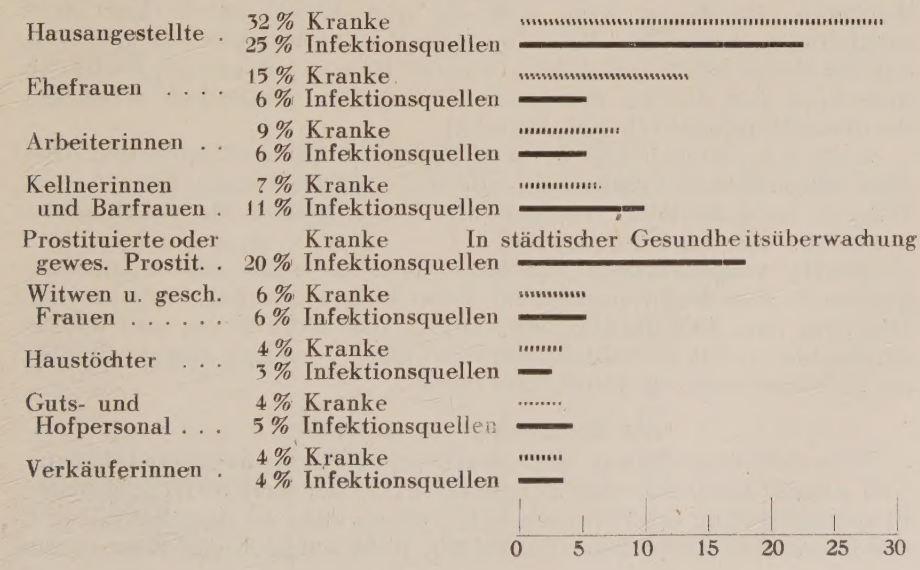
Früher wurde die Infektionsquelle mehr in der Frau gesucht. Zum Teil mit Recht, weil damals und auch heute noch die Früherfassung bei den Frauen sehr im Rückstand war. Nach den Beobachtungen von Riege an dem Breslauer Krankengut wurden erst 50% der lueskranken Frauen im Stadium der Spätlues erfaßt; also in einem Zeitpunkt, in dem sie bei wechselndem Geschlechtsverkehr schon mehrere Partner infiziert haben können. Breger sieht den Grund nicht allein darin, daß die Infektion von der Frau nicht bemerkt wird, sondern in ihrer Scheu, den Arzt aufzusuchen.

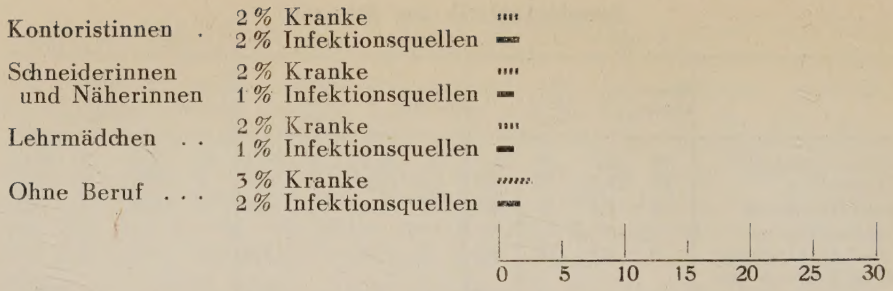
Die Berufsstatistik der infizierten Frauen und der Anteil der einzelnen Berufsgruppen an Infektionsquellen ergab absolut und prozentual folgendes Bild:

Berufsstatistik der Frauen.

	1.4.1926 — 31.3 1930				1.4.1930 — 31.3.1934				1.4.1934 — 31.3 1938			
	Kranke absolut	%	Infekt.-Quell. absolut	%	Kranke absolut	%	Infekt.-Quell. absolut	%	Kranke absolut	%	Infekt.-Quell. absolut	%
Hausangestellte .	46	28,0	23	25,3	35	36,7	16	24,9	12	32,4	8	25,6
Ehefrauen	25	15,2	6	6,6	12	12,6	3	4,8	6	16,2	2	6,4
Arbeiterinnen . .	19	11,5	4	4,4	8	8,4	6	9,6	3	8,1	1	3,2
Kellnerinnen und Barfrauen .	8	4,8	9	9,9	7	7,3	9	14,0	3	8,1	3	9,2
Prostituierte (u. ehem. Prostit.) .	2	1,2	15	16,5	1	1,0	15	23,4	—	—	7	22,4
Witwen u. gesch. Frauen	9	5,5	8	8,8	6	6,3	2	3,1	2	5,4	2	6,4
Haustöchter . . .	8	4,8	4	4,4	5	5,2	3	4,8	1	2,7	—	—
Guts- und Hofpersonal . . .	5	3,0	3	3,3	3	3,1	3	4,8	2	5,4	2	6,4
Verkäuferinnen .	5	3,0	2	2,2	3	3,1	2	3,1	2	5,4	2	6,4
Kontoristinnen .	5	3,0	3	3,3	1	1,0	—	—	1	2,7	1	3,2
Schneiderinnen und Näherinnen	4	2,4	2	2,2	2	2,1	1	1,5	1	2,7	—	—
Lehrmädchen . . .	3	1,8	2	2,2	1	1,0	1	1,5	1	2,7	—	—
Selbständige Geschäftsfrauen	6	3,6	1	1,1	2	2,1	1	1,5	1	2,7	—	—
Schülerinnen und Studentinnen . .	2	1,2	2	2,2	1	1,0	1	1,5	—	—	—	—
Fürsorgezöglinge	3	1,8	2	2,2	2	2,1	—	—	1	2,7	1	3,2
Krankenpflegerinnen . .	2	1,2	1	1,1	1	1,0	—	—	1	2,7	1	3,2
Tänzerinnen und Artistinnen . . .	2	1,2	1	1,1	2	2,1	—	—	—	—	—	—
Ohne Beruf . . .	9	5,5	4	4,4	3	3,1	1	1,5	—	—	—	—

Für die Frauenberufe verhalten sich die Zahlen der Erkrankungen zu den Zahlen der Infektionsquellen für die gesamte zwölfjährige Zeitspanne wie folgt:





Bei den Frauen ist das Bild durchweg durchweg einheitlicher. Die Hausangestellten sind als Infizierte und besonders auch als Infektionsquellen während der zwölf Jahre, welche den Erhebungen zugrunde liegen, stark vertreten, und zwar für den ganzen Zeitraum in fast gleicher Höhe. Im Gegensatz zu der Häufigkeit ihrer Infektion ist die Bedeutung der Ehefrau als Überträgerin von Lues nur gering. Bei Prostituierten und im Gastwirtsgewerbe beschäftigten Personen ist der Anteil an Infektionsquellen besonders hoch. Wenn die Puella publica in den Erhebungen als Kranke kaum hervortritt, so liegt das daran, daß sie der städtischen Gesundheitspflege untersteht und außerhalb der Klinik der Behandlung unterworfen wird. Bei den Zugängen der Universitäts-Hautklinik handelt es sich meistens um ehemalige Prostituierte oder solche Personen, die von ihrem Mann zum Nebenerwerb auf die Straße geschickt werden. In Breslau besteht ferner in einigen Altstadtstraßen eine Wohngemeinschaft der Prostituierten nach Art des Bremer Systems; eine eingehende Kontrolle der dort wohnenden Mädchen ist möglich. Es ist aber bedenklich, daß trotz Überwachung für jeden fünften luetisch infizierten Mann die Infektionsquelle eine Prostituierte ist.

Gewiß ist die geheime Prostitution für die Ermittlungen ein Hindernis. Zu einem Teil wird sie von Kellnerinnen, Bar- und Büfettfrauen ausgeübt. Die Thüringische Landesregierung hat sich mit der Frage schon seit Jahren beschäftigt und billigt eine weibliche Bedienung nur da, wo sie Landesbrauch ist. Außerdem wird ein Berufsbefähigungsnachweis verlangt.

Auch die Beobachtung in dem Nachtrag zur Reichszählung 1934 über eine erhöhte Gefährdung durch die geschiedenen Frauen und Witwen kann bestätigt werden. Oft ist ja gerade die Geschlechtskrankheit der Scheidungsgrund.

Soweit ausgesprochen ländliche Berufsgruppen als Infektionsquellen in Betracht kommen, ist dabei kein Rückgang festzustellen. Das wird zum Teil daraus verständlich, daß Aufklärung und Propaganda hier nicht so schnell durchdringen. Sonstige Berufe spielen als Infektionsquellen keine Rolle mehr.

Die Gelegenheit der Infektion.

Jede Luesübertragung setzt auch eine Gelegenheit dazu voraus. Von diesem Gesichtspunkt gehen die in letzter Zeit in französischen Fachzeitschriften erschienenen Erhebungen aus. An dem Krankengut der Breslauer Universitäts-Hautklinik habe ich ähnliche Zusammen-

stellungen gemacht. Hier wurden deutsche Lebensgewohnheiten zugrunde gelegt. Bordellinfektionen spielen im Reich, da die Bordelle aufgehoben sind, keine Rolle mehr. Man beachtet bei uns im Reich noch viel zu wenig die Gelegenheit, bei der eine Infektion zustande kommt. Auch bei dem Breslauer Krankengut wurden früher kaum Erhebungen darüber gemacht. Erst in den letzten Jahren finden sich auch nach dieser Richtung genauere Aufzeichnungen. Die nachfolgenden Erhebungen beruhen zum größten Teil auf dem den Krankenblättern anliegenden Schriftwechsel mit den Gesundheitsämtern, den weiter behandelnden Ärzten sowie auf Gegenüberstellung von zwei Partnern, die gleichzeitig in Behandlung der Universitäts-Hautklinik standen.

Die Ehefrauen, Prostituierten, Kellnerinnen und Barfrauen werden bei der folgenden Übersicht nochmals besonders aufgezeichnet, da sie hier als Infektionsgelegenheit in Frage kommen.

Infektionsquellen für Männer.

Gelegenheit der Infektion durch	1.4.1926—31.3.1930 Absolute Zahl	%	1.4.1930—31.3.1934 Absolute Zahl	%	1.4.1934—31.3.1938 Absolute Zahl	%
Ehefrauen	6	5,5	3	4,2	2	5,2
Verlobte	5	4,6	1	1,4	2	5,2
Freundinnen	12	11,0	7	10,0	6	15,6
Gemeins. Arbeitsstätte						
Stadt	4	3,7	1	1,4	1	2,6
Land	8	7,4	3	4,2	3	8,0
Lokal-, Kino-, Tanzbekanntschaft	28	27,0	19	27,0	10	26,0
Straßenbekanntschaft	11	10,0	7	10,0	3	8,0
Bekanntschaft im Familienkreis	2	1,8	2	2,8	—	—
Wohngemeinschaft	5	4,6	3	4,2	1	2,6
Weibliche Gasthausbedienung	9	8,3	9	12,5	3	8,0
Prostituierte	15	13,8	15	21,0	7	18,0
Ermittelte geheime Prostituierte	3	2,7	1	1,4	—	—

Infektionsquellen für Frauen.

Gelegenheit der Infektion durch	1.4.1926—31.3.1930 Absolute Zahl	%	1.4.1930—31.3.1934 Absolute Zahl	%	1.4.1934—31.3 1938 Absolute Zahl	%
Ehemänner	19	20,7	9	13,5	7	21
Verlobte	13	14,1	7	10,5	3	9
Freunde	19	20,7	12	18,0	7	21
Gemeins. Arbeitsstätte						
Stadt	2	2,2	3	4,5	—	—
Land	5	5,4	6	9,0	1	3
Lokal-, Kino-, Tanzbekanntschaft	23	25,1	17	25,5	10	30
Straßenbekanntschaft	6	6,5	6	9,0	4	12
Bekanntschaft im Familienkreis	2	2,2	1	1,5	—	—
Wohngemeinschaft	2	2,2	3	4,5	1	3

Die Zusammenstellung zeigt, daß die größte Vermittlerrolle der Luesinfektion allgemein die Lokal- und Kinobekanntschaft übernimmt. Der damit häufig verbundene Alkoholgenuß beseitigt Hemmungen und ist somit förderlich für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Flesch ermittelte, daß 25% der von ihm beobachteten Lueskranken im Zeitpunkt der Infektion unter Alkoholeinfluß standen. Die Untersuchungen von Lomholt in Kopenhagen ergaben eine Zahl von 48%. An zweiter Stelle folgen als Infektionsquellen für Männer die Prostituierten. Wenn in der diesbezüglichen Literatur immer wieder vermutet wird, daß die geheime oder Gelegenheitsprostitution am meisten zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beiträgt, so muß man darunter alle Frauen verstehen, die wechselnden Geschlechtsverkehr haben, gleichgültig ob zum Gelderwerb oder ohne Bezahlung. Statistisch läßt sich das schwer nachweisen.

Im Gegensatz zu den früheren Zeitabschnitten ist prozentual gesehen in dem letzten Zeitabschnitt von 1934—1938 die Bedeutung der Freundin bzw. des Freundes als Infektionsquelle gestiegen. Die heute weitherzigern Auffassungen für außerehelichen Geschlechtsverkehr sind hierfür förderlich, bewirken aber auch, daß bei einem dauerhaften Verhältnis die vorübergehende Straßenbekanntschaft als Infektionsquelle seltener ist. Die Infektion von unverheirateten Frauen und Männern im häuslichen Kreis sind gewiß durch die besseren Wohnverhältnisse und durch die Frühheirat gesunken.

Beachtlich ist, daß auf dem Lande die Gelegenheit, gegeben durch eine gemeinsame Arbeitsstätte, einen viel höheren Anteil darstellt als in der Stadt.

Die Erhebungen zeigen außerdem, daß für Frauen die Ehemänner in erheblichem Umfange als Infektionsquellen in Betracht kommen. Und zwar sind hier die Infektionen von Ehefrauen durch den Ehemann ebenso häufig, wie die Infektionen von unverheirateten Frauen durch das sogenannte Verhältnis. Selbst wenn man den großen Anteil der Ehefrau unter der Gesamtheit der Frauen bedenkt, ist es auffällig, daß viermal so viel Frauen von ihren Ehemännern infiziert wurden wie Männer von ihren Ehefrauen.

Die französischen Arbeiten über die Syphilis-Morbidität aus den Dispensaren von Saint-Louis, Tenon, Cailler, Cochin, Rennes und Beurman, die übrigens recht erhebliche Zugänge aufweisen, zeigen, daß auch hier die Infektion der Frau durch den Ehemann fast ebenso häufig ist wie die durch das sogenannte Verhältnis. In Rennes wurde sogar festgestellt, daß 42% von den lueskranken Frauen Ehefrauen waren, die durch ihren Gatten infiziert wurden.

Der Anteil der Straßenbekanntschaften als Vermittlerin einer Infektion ist in Frankreich viel höher als in Deutschland. Es werden hierunter meist heimlich Prostituierte vermutet. Tourainе stellt für Straßburg und in den Dispensaren von Saint-Louis und Tenon, allerdings nicht ohne Widerspruch von Pautrier und Pinard, sogar fest, daß die Abschaffung der Bordelle nur nachteilige Veränderungen gebracht habe. Das Stadtbild habe sich sehr verschlechtert und die Überwachungsmöglichkeit sei mangehaft. Massot hat in Rennes

ermittelt, daß 29% der Gesamtzugänge auf einer Bordellinfektion beruhten, obwohl zweimal in der Woche ärztliche Kontrollen in den Bordellen stattfanden. Harmsen führt aus, daß die Aufhebung der Bordelle sich in den meisten europäischen Großstädten gut bewährt habe.

Man ist heute allgemein der Auffassung, daß die eingehende Behandlung und die straffe Infektionsquellenforschung den Rückgang der Lues wesentlicher beeinflußt haben als die Diskussion über Reglementierung oder Abolition. Die Dissertationen von Jakobowski und Driesch haben sich besonders mit dem Für und Wider dieser Meinungen beschäftigt. Neuerdings sieht man im Reich den Erfolg fast ausschließlich in den heutigen Bekämpfungsmethoden und gibt wirtschaftlichen und epidemiologischen Schwankungen nur geringe Bedeutung. In der Arbeit von Driesch wird entgegen früheren Auffassungen in dem wirtschaftlich ungünstigen Jahr 1932 eine wesentliche Erhöhung der Luesmorbidität festgestellt. Folgende Gründe werden dafür angegeben:

1. Die Mittel der Fürsorgeeinrichtungen sind gering.
2. Die Arbeitslosigkeit lenkt die Aufmerksamkeit mehr auf das Geschlechtliche.
3. Arbeitslose Frauen suchen in der Prostitution einen Nebenerwerb.

Es geht daraus hervor, daß auch in wirtschaftlich schlechten Zeiten die Geschlechtskrankenziffer ansteigen kann.

Die extragenital erworbene Lues soll nur kurz behandelt werden, da die Fälle zum großen Teil in der Arbeit von Riege erwähnt wurden. Meist lag eine Kußinfektion zugrunde und die Primäraffekte waren an der Lippe lokalisiert. Coitus praeternaturalis wurde in einem Falle nachgewiesen. Zwei PA fanden sich an der Zunge, ein PA an der Mamilla durch Stillen einer congenital syphilitischen Nichte, ein PA durch Pflege einer lueskranken Wöchnerin und ein PA an der Hand bei einer Sprechstundenhilfe eines Zahnarztes. Die übrigen extragenitalen Primäraffekte wurden von Riege schon beschrieben.

Eine Beobachtung sei noch angeführt. Von 17 mit florider Lues zugegangenen schwangeren Frauen hatten sich fünf, also fast ein drittel, erst während der Schwangerschaft infiziert. Das mag daran liegen, daß nach Ablauf der gesetzlichen Empfängniszeit auf beiden Seiten die übliche Vorsicht außer acht gelassen wurde.

Der vom Gesichtspunkt der Infektionsquellenforschung folgenreichste Fall fand sich bei einem Mann, der als Träger einer frischen Lues mit fünf Frauen verkehrte und davon allein nachgewiesen drei infizierte. Eine weitere Reihenfolge war nicht mehr festzustellen. Einen viel besprochenen Fall konnte vor einiger Zeit die Universitätsklinik von Virginia berichten, die achtzehn Infektionen letzten Endes auf eine Quelle zurückführen konnte. Zwei Infektionen durch eine Person finden sich unter dem Krankengut der Universitäts-Hautklinik in Breslau in 16% der Fälle.

Alter der Infektionsquellen und Zeitumstände der Infektion.

Über die Verteilung der Lueskranken auf die einzelnen Altersstufen ist in den vorliegenden Arbeiten der Klinik schon genügend gesagt worden. Hier werden daher nur die Altersklassen der Infektionsquellen berücksichtigt. Lediglich für den Zeitraum von 1934 bis 1938 sei auch das Alter aller an Frühlues Erkrankten angeführt. Denn es ließ sich in den letzten vier Jahren eine Verschiebung des Verhältnisses der Altersklassen zueinander feststellen. Die Beobachtungen decken sich mit denen von R i e g e insofern, als die höchste Beteiligung den Altersklassen von 15 bis 30 Jahren zufällt; aber innerhalb dieser Altersstufen hat eine erhebliche Verschiebung stattgefunden. Es schien zweckmäßig, das Alter der Infektionsquellen vom 16. bis 30. Lebensjahr in Unterabschnitte von jeweils drei Jahren zu unterteilen. In diesem Alter ist eine kleinere Zeitspanne aufschlußreicher, zumal sich in dieser Zeit besonders für den Mann die meisten Veränderungen in seinem Verhältnis zu Staat und Familie vollziehen. Die Erhebungen ergaben folgendes Bild:

Alter der männlichen Infektionsquellen.

	1.4.1926—31.3.1930	1.4.1930—31.3.1934	1.4.1934—31.3.1938	
Altersstufen	% an Infekt.-Quellen	% an Infekt.-Quellen	% an Lues-kranken	% an Infekt.-Quellen
15—17	2,5	3,6	—	—
18—20	9,8	10,8	9,0	14,7
21—23	16,3	21,4	36,0	39,2
24—26	21,5	7,1	19,6	19,6
27—29	19,7	16,0	14,2	9,8
30—34	16,3	14,2	14,2	7,3
35—39	6,2	12,4	5,4	4,9
40—44	4,1	7,1	1,8	2,5
45—50	—	3,6	—	—
über 50	2,5	3,6	—	—

Alter der weiblichen Infektionsquellen.

	1.4.1926—31.3.1930	1.4.1930—31.3.1934	1.4.1934—31.3.1938	
Altersstufen	% an Infekt.-Quellen	% an Infekt.-Quellen	% an Lues-kranken	% an Infekt.-Quellen
15—17	4,5	6,8	18,6	3,7
18—20	13,5	19,8	18,6	25,9
21—23	27,0	26,4	22,2	37,0
24—26	18,0	9,9	12,4	14,8
27—29	13,5	8,3	12,4	2,2
30—34	11,8	13,2	6,2	5,8
35—39	6,8	4,9	2,4	3,7
40—44	4,5	8,3	6,2	3,7
45—50	—	—	—	2,2
über 50	—	—	—	—

Aus diesen Ergebnissen geht hervor, daß sich im Verlauf der letzten Jahre das Verhältnis der Altersklassen zueinander insofern verschoben hat, als die Altersklassen unter 23 Jahren den größten

Anteil an Luesfrüherkrankungen, insbesondere aber an Infektionsquellen stelllen. Zwar bestätigt die Statistik die Beobachtungen von Riege über einen höheren Anteil der Erkrankungen in den Altersstufen von 15 bis 30 Jahren, aber innerhalb dieser Stufen hat sich die Morbidität erheblich zu den jüngeren Jahrgängen verschoben. Das gilt sowohl für die Kranken wie auch für die Infektionsquellen. Die Reichszählung von 1934 bestätigt das höhere Nachlassen der Luesfrüherkrankungen der Altersklassen von 25 bis 29 Jahren ebenfalls. Die Beobachtungen von Gottschalk über ein allmähliches Ansteigen nach dem 18. Lebensjahr können ebenso bestätigt werden. Driesch hat an dem Krankengut der Düsseldorfer Hautklinik beobachtet, daß die Zugänge an frischer Lues jahreszeitlichen Schwankungen unterworfen sind. Die folgenden Erhebungen an dem Krankengut der Breslauer Universitäts-Hautklinik beziehen sich im Gegensatz zu Driesch auf den Zeitpunkt der Infektion und nicht auf den des Zuganges in der Klinik.

Die Höhepunkte lagen sechsmal im Dezember und Januar, dreimal im Hochsommer, einmal im Herbst und einmal im Frühjahr. Die Verteilung in den letzten zwölf Jahren ergab prozentual berechnet folgendes Gesamtbild:

Verteilung des Infektionszeitpunktes über das Jahr.

Monat	% der Infektionen	Monat	% der Infektionen
Januar	13,6	Juli	9,4
Februar	7,5	August	10,2
März	9,0	September	6,0
April	5,7	Oktober	8,2
Mai	4,2	November	6,8
Juni	7,5	Dezember	10,6

Das Vorhandensein der Maxima im Hochsommer und im Winter deckt sich mit dem entsprechenden Ergebnis von Driesch. Im Herbst war im Gegensatz zu Driesch keine Erhöhung festzustelleln. Die hohen Zahlen im Hochsommer sind gewiß zum Teil durch die Reisezeit zu erklären, und im Winter sind die vielen Festtage und der erhöhte Alkoholgenuß zu berücksichtigen.

Untersucht man die Morbidität der Frühlues für die hohen Festtage in den letzten zwölf Jahren, so ergibt sich bei Umrechnung auf den Anteil der Jahresgesamt-Erkrankungsziffern um Weihnachten eine recht hohe Zahl an Infektionen, um Pfingsten keine erheblich hohe Zahl und um Ostern kaum eine Erhöhung der Infektionszahlen. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß es sich bei Ostern und Pfingsten um bewegliche Festtage handelt.

Festtage	Jahres-durchsch. %	Tatsächliche Erkrankungen %
Ostern, Donnerstag vor bis Mittwoch nach	1,9	2,6
Pfingsten, Donnerstag vor bis Mittwoch nach	1,9	4,3
Weihnachten / Neujahr } vom 22. 12. bis 4. 1	3,8	10,6

Die übrigen Festtage sind so zahlreich und verschieden, daß keine zuverlässigen Beobachtungen gemacht werden konnten.

Die geographische Verteilung der Infektionsquellen.

Die Geschlechtskrankenzählung für das ganze Reich von 1934 hat in den Grenzstädten recht hohe Zugänge an Lues gezeigt. Die oberschlesischen Grenzstädte, insbesondere Beuthen, zeigten bedeutende Zahlen. Es ist nicht die Aufgabe dieser Arbeit, den Anteil der Lues auf den Kopf der Bevölkerung festzustellen, dazu bedürfte er einer Zählung für ganz Schlesien. Die Arbeit beschäftigt sich damit, zu untersuchen, woher die meisten Infektionsquellen stammen. Es wird außerdem berücksichtigt, ob innerhalb der Gesamtzugänge von Groß-, Mittel- und Kleinstädten sowie ländlichen Bezirken eine Verschiebung stattgefunden hat. Der Wohnsitz der Infizierten stimmt mit dem der Infektionsquelle oft nicht überein. Die Erhebungen führen daher, um die Wanderung der Lues festzustellen, alle Infektionsquellen nach ihren Wohnsitzen auf und stellen diese den Wohnorten der Infizierten gegenüber.

Für Schlesien als Grenzprovinz wurden die Grenzgebiete getrennt von den inneren Bezirken angeführt, wobei ferner zu beachten ist, daß die Erhebungen bis zu dem Zeitpunkt laufen, in dem die ersten Veränderungen der schlesischen Grenzen eintraten. Außerdem wurde eine Trennung zwischen Ober- und Niederschlesien vorgenommen.

Niederschlesien.

	1.4.1926—31.3.1930		1.4.1930—31.3.1934		1.4.1934—31.3.1938	
	Kranke %	Inf.-Quell. %	Kranke %	Inf.-Quell. %	Kranke %	Inf.-Quell. %
a) Gebiete, die nicht an der Grenze liegen.						
Großstadt (Breslau)	49,3	41,0	49,0	44,7	22,4	15,4
16 Mittelstädte	7,3	9,6	4,7	4,7	11,2	9,8
41 Kleinstädte	1,6	2,5	3,9	6,5	7,5	8,4
19 Landkreise	20,6	18,0	22,5	21,4	13,8	11,2
b) Gebiete, die an der ehemaligen polnischen Grenze liegen.						
Mittelstadt (Glogau)	0,4	0,4	0,4	0,6	3,7	1,4
11 Kleinstädte	0,6	0,8	3,9	1,7	9,2	9,8
7 Landkreise	2,6	1,2	4,3	1,7	12,6	11,2
c) Gebiete, die an der ehemaligen tschechischen Grenze liegen.						
9 Mittelstädte	0,8	0,4	0,4	0,6	1,2	1,4
16 Kleinstädte	1,0	2,1	0,4	2,3	3,7	1,4
9 Landkreise	4,2	2,1	1,3	1,7	—	—

Oberschlesien.

a) Gebiete, die nicht an der Reichsgrenze liegen.						
4 Mittelstädte	0,8	1,2	0,8	0,6	1,2	2,8
9 Kleinstädte	0,4	0,8	0,4	—	—	—
4 Landkreise	1,0	—	0,8	0,6	1,2	1,4
b) Gebiete, die an der ehemaligen polnischen Grenze liegen.						
3 Großstädte	2,2	2,1	3,0	2,4	5,0	4,2
2 Mittelstädte	0,8	0,8	—	—	—	1,4
5 Landkreise	0,8	0,4	1,7	—	—	0,7

	1.4.1926—31.3.1930		1.4.1930—31.3.1934		1.4.1934—31.3.1938	
	Kranke %	Inf.-Quell. %	Kranke %	Inf.-Quell. %	Kranke %	Inf.-Quell. %
c) Gebiete, die an der ehemaligen tschechischen Grenze liegen.						
4 Mittelstädte	0,8	0,4	—	—	—	—
5 Kleinstädte	0,4	0,4	—	—	—	—
4 Landkreise	0,4	0,8	—	—	—	—
Außerhalb Schlesiens.						
Nachbarprovinz einschl. Berlin	1,0	3,3	—	3,4	2,5	5,6
Aus dem Reich	3,2	7,0	1,7	3,4	3,7	7,0
Inf.-Quellen aus d. Ausland und Ausländer	—	3,7	—	4,0	—	6,3

Aus diesen Ergebnissen geht deutlich hervor, daß sich in den letzten Jahren auch in geomedizinischer Hinsicht das Bild der Lues verändert hat. Der Hauptteil der Erkrankungen sowie der Infektionsquellen findet sich nicht mehr in den Großstädten, sondern mehr in den Mittel-, Kleinstädten und Landkreisen. Weiterhin ist in den oberschlesischen Großstädten nicht die erhebliche Abnahme der Luesziffern wie in Breslau zu beobachten, wo die Krankenzugänge einen Rückgang von über die Hälfte und die Infektionsquellen einen von zwei Drittel betragen. Die hohe Zahl an Lueskranken in Oberschlesien kommt in der Statistik nicht zum Ausdruck. Die weite Reise zur Breslauer Klinik ist zu umständlich und zu teuer. Die Statistik der Infektionsquellen kann überhaupt immer nur ein ungefähres Bild geben, da in den Bezirken, in denen sorgfältiger geforscht wird, auch eine höhere Anzahl an Infektionsquellen erfaßt werden kann.

Ganz eindeutig ergibt sich, daß die Morbidität der Lues in den bis 1939 an Polen grenzenden Gebieten gestiegen ist, worauf Gottron wiederholt hingewiesen hat. Dies ist allein daraus zu ersehen, daß in Niederschlesien die 11 Kleinstädte und 7 Landkreise, die an der polnischen Grenze liegen, ebenso hohe Zahlen an Erkrankungen und Infektionsquellen aufweisen wie die innerschlesischen Gebiete mit 41 Kleinstädten und 19 Landkreisen. An der ehemaligen tschechischen Grenze sind die Zahlen dagegen geringer. Gottschalk bestätigt, daß nach allgemeiner Auffassung über die alten Grenzen der Tschechoslowakei keine Einschleppung der Lues stattgefunden hat. Es ist daher anzunehmen, daß die im letzten Jahr zum Reich getretenen sudetendeutschen Gebiete nebst dem Protektorat Böhmen-Mähren die Lueskranken-Ziffern in Schlesien nicht ungünstig beeinflussen. Eine erhöhte Einschleppung aus Polen aber ist nach dem vorliegenden Ergebnis ernstlich zu befürchten. Hier wird man also besonders viel für die Fernhaltung der Geschlechtskrankheiten tun müssen. Die Infektionsquellen aus dem Ausland sind mit 6,3% zwar nicht zahlreich, man muß jedoch bedenken, daß die alte Reichsgrenze im kleinen Grenzverkehr oft überschritten wurde. Die Infektionsquelle gilt dann meist als unbekannt, da sie im Ausland nur schwer zu ermitteln ist. In Ländern mit niedrigerer Luesziffer als in

Deutschland macht sich die Einschleppung der Geschlechtskrankheiten aus dem Ausland mehr bemerkbar. Pohlen stellt fest, daß in Schweden die Zuwanderung aus dem Ausland mit 24% Zugängen an Lues I und 40% an Lues II bei den Männern sehr auffallend sei.

Daß in Deutschland die Infektionen in den meisten Fällen am Heimatort selbst stattfinden, geht aus folgenden Zahlen hervor:

	1926-29	1930-33	1934-37
Infektionen am Heimatort	71 %	73,4%	67,5%
Infektionen außerhalb des Heimatortes	39,0%	26,6%	32,5%

Diese Beobachtungen decken sich etwa mit denen von Delere, der in Westfalen etwa $\frac{2}{3}$ der Infektionen am Heimatort selbst und $\frac{1}{3}$ außerhalb verzeichnen konnte. Im letzten Zeitabschnitt liegen die Infektionen außerhalb des Heimatortes etwas höher; das liegt daran, daß in Breslau heute seltener eine Infektion erworben wird.

Krankengut der Standortlazarette Breslau, Schweidnitz und Neiße.

Die Zugänge der schlesischen Standortlazarette werden zusammengefaßt, weil sich dadurch ein besseres Gesamtbild für Schlesien ergibt. Bei dem Krankengut der Lazarette seien auch noch andere Beobachtungen erwähnt, da es nicht so mannigfaltig durchgearbeitet sein kann wie das der Universitäts-Hautklinik.

Zunächst wurde der Anteil an Zugängen für Mannschaften und Unteroffiziere ermittelt, der sich wie folgt verteilt:

	1926-29	1930-33	1934-37
Mannschaften	92,5%	89,2%	94,6%
Unteroffiziere	7,5%	11,8%	5,4%

Die Gründe für die geringere Erkrankungszahl der Unteroffiziere, die selbst bei Berücksichtigung ihrer geringen Zahl in der Truppe sehr niedrig ist, erklärt sich im wesentlichen aus der langen Unterrichtung und Erziehung in diesen Fragen, die in der Wehrmacht sehr gefördert wird.

Man ist sich auch darüber klar, daß die moralische Erziehung allein nicht hilft, deshalb wird außerdem für praktische Schutzmittel gesorgt. In allen Truppenkrankenstuben sind Sanierungseinrichtungen vorhanden; als bester Schutz werden außerdem Kondome empfohlen. Die Pflichtschutzbehandlung wird nur bei der Kriegsmarine durchgeführt. Ruge hat beobachtet, daß bei 105 000 Schutzbehandlungen nur 2,43 Versager vorkamen. Bei Umrechnung auf die Gesamtmorbidität aller dieser gefährdeten Soldaten wird eine Verhinderung von 6700 Ansteckungen festgestellt. Die Gonorrhoe ist durch Prophylaxe natürlich leichter zu bekämpfen, aber auch bei der Syphilis zeigen sich unter schneller Anwendung nach der Cohabitation gute Erfolge.

Bei der Infektionsquellenforschung hat der Heeres-Sanitätsdienst lediglich Interesse an den Namen und dem Wohnort der Infektionsquellen. Hier werden die Nachforschungen sehr nachdrücklich geführt und gründlicher als bei der Zivilbevölkerung. Die Feststellun-

gen über den Beruf der Infektionsquellen fallen weg, weil sich in den Krankengeschichten der Soldaten keine Angaben daüber finden, und weil es nicht möglich ist wie in der Universitäts-Hautklinik, eine Reihe von Partnern gegenüberzustellen.

Das Verhältnis von bekannten zu unbekannten Infektionsquellen.

In den einzelnen Zeitabschnitten ergaben sich folgende Zahlen:

	1.4.1926—31.3.1930	1.4.1930—31.3.1934	1.4.1934—31.3.1938
Infektionsquelle bekannt	31,3%	57,5%	39,0%
Infektionsquelle unbekannt	68,7%	42,5%	61,0%

Die Zahl der erfaßten Infektionsquellen von 40% ist recht gut; Spiethoff hält schon eine Zahl von 25% für überdurchschnittlich. Wenn wir in dem letzten Zeitraum einen Rückgang der Erfassungsziffer für Infektionsquellen feststellen, so liegt das daran, daß der Zugang an Soldaten, die sich vor ihrem Eintritt in das Heer noch als Zivilisten infiziert haben, recht hoch ist. Im Jahre 1935 waren es z. B. 20% des Gesamtzuganges an frischer Lues. Als Erläuterung hierzu mag das Verhältnis der Zugänge von Lues I und Lues II dienen.

	1.4.1926—31.3.1930	1.4.1930—31.3.1934	1.4.1934—31.3.1938
Lues I	77,0%	75,4%	68,4%
Lues II	23,0%	24,6%	31,8%

Auch hier macht sich die kurz vor der Dienstzeit erworbene Lues in einer Erhöhung des Anteils sekundärer Lues bemerkbar. Der Sanitätsbericht für das 100 000-Heer im Jahre 1932 zeigt im Gegensatz dazu, daß die Zugänge an Lues I sechsmal so hoch waren wie die an Lues II. Ruge hat auch für die Kriegsmarine festgestellt, daß der Anteil der seronegativen Primäraffekte nach dem Kriege von 22% auf 48% gestiegen ist. Die neuesten Sanitätsberichte des Heeres und der Kriegsmarine lagen im Druck noch nicht vor. Aus den vorliegenden Beobachtungen geht die hohe sozialhygienische Bedeutung der Wehrpflicht hervor.

Die Erziehung in der Truppe geht dahin, daß eine Erkrankung sofort gemeldet wird. Die dann noch übrig gebliebenen Kranken werden bei Gesundheitsbesichtigungen oder Sportuntersuchungen festgestellt. Der Prozentsatz der auf diese Weise ermittelten Erkrankungen an Frühlues betrug in der ganzen Zeit 6,5%. Daher ist auch verständlich, daß das Gesundheitsamt einen Soldaten kaum als Infektionsquelle zu melden braucht, da die Meldung durch das Standort-Lazarett früher eintrifft. Es ergab sich, daß in der ganzen Zeitspanne nur 5 Soldaten, also noch nicht einmal 2%, vom Gesundheitsamt als Infektionsquellen gemeldet wurden. Jaeckel bestätigt diese Erfahrungen und stellt fest, daß eine Infektion durch einen frei umhergehenden Soldaten schwer möglich ist. Jeder geschlechtskranke Soldat liegt für die Zeit, in der er eine Krankheit übertragen kann, im Lazarett. Die eingehende Behandlung beseitigt die Gefahr sehr schnell. Siebert bestätigt die Erfolge der radikalen Frühbehandlung bei Bekämpfung der Syphilis auch in der Kriegsmarine.

Die Gelegenheit der Infektion.

Die Gelegenheit der Infektion war in der Gesamtzahl nur bei 51 Fällen festzustellen. Hier ergaben sich folgende Zahlen:

Gelegenheit der Infektionen durch	Anzahl
Ehefrauen	2 Infektionen
Bräute	3 „
Freundinnen	9 „
Lokal-, Kino- und Tanzbekanntschaft	14 „
Straßenbekanntschaft	10 „
Manöver und Truppenübungsplatz	6 „
Weibliche Gasthausbedienungen	3 „
Prostituierte	4 „

Aus diesen Zahlen ist zu ersehen, daß die Gefährdung durch die Straßenbekanntschaft etwas höher liegt als bei den Zugängen der Universitäts-Hautklinik.

Die Infektion durch eine Prostituierte ist sehr viel seltener. Wenn die Zahl von 4 unter 51 Infektionen höher ist als die von 1%, die Jaeckel im Lehrbuch für Militärhygiene annimmt, so liegt das daran, daß die Fälle der Infektion durch eine Puella publica alle feststanden, daß aber in der vorliegenden Statistik nur $^1/_5$ der Gelegenheiten erfaßt werden konnten. Die Infektionen in der Truppenübungsplatz- und Manöverzeit liegen nicht so hoch, wie erwartet. Die Gefährdung durch die Freundin ist höher als bei den Zugängen der Hautklinik, die durch die Braut der Altersstufe entsprechend geringer. Die Ehefrauen kommen als Infektionsquellen kaum in Betracht, die eigene Frau war es nur in einem Fall.

Extragenital lokalisierte Primäraffekte fanden sich in 4 Fällen, davon 2 PA an der Oberlippe, 1 PA perianal und 1 PA am Finger.

Über einen eigenartigen Fall wird kurz berichtet. Der Kranke gab als Ursache für die Luesinfektion einen Holzbockstich in die Vorhaut an; er galt als dem weiblichen Geschlecht durchaus abhold. Es ist wohl wahrscheinlich, daß das durch den Holzbock gesetzte Trauma Eingangspforte für die dorthin gelangten Spirochaeten war.

Alter und Zeitumstände bei der Infektion.

Nunmehr folgt die Statistik der Altersklassen und der Zeitumstände. Die Statistik der Altersklassen bringt nur wenig Aufschlußreiches. Die höhere Erkrankung in den jüngeren Jahrgängen nach Einführung der allgemeinen Wehrpflicht ist hier einleuchtend. Der Vollständigkeit halber seien die Zahlen jedenfalls genannt.

Alter der Kranken	1.4.1926—31.3.1930 %	1.4.1930—31.3.1934 %	1.4.1934—31.3.1938 %
18—20	11,0	0,7	16,0
21—23	38,5	22,5	63,5
24—26	38,5	30,0	18,0
27—29	10,8	35,0	2,3
30—35	1,2	1,8	—

Die Erkrankungen an Lues in den einzelnen Dienstjahren zeigen dasselbe Bild.

Dienstjahr	1.4.1926—31.3.1930 %	1.4.1930—31.3.1934 %	1.4.1934—31.3.1938 %
1. und 2.	40,0	16,4	77,0
3. und 4.	21,0	19,6	11,3
5. und 6.	21,0	18,0	3,7
über 6.	16,0	46,0	7,5

Über das Jahr verteilen sich die Infektionen prozentual für den gesamten Zeitraum wie folgt:

Januar	10,5%	Juli	7,0%
Februar	4,0%	August	10,5%
März	7,5%	September	10,5%
April	8,0%	Oktober	14,0%
Mai	3,5%	November	7,0%
Juni	5,0%	Dezember	12,2%

Die hohe Zahl im Dezember deckt sich mit den Beobachtungen von Müller, der im Heer die meisten Zugänge an Lues für den Monat Januar festgestellt hat. Die zahlreichen Infektionen vor Diensteintritt drücken sich in dem Prozentsatz des Oktobers (14,0%) wiederum deutlich aus. Im ganzen ergibt sich das Bild, daß der Anteil an Infektionen im Winterhalbjahr mit 55% nur etwas höher ist als im Sommerhalbjahr, wo er 45% beträgt. Die Luesmorbidität an den hohen Festtagen gab im Vergleich zum Jahresdurchschnitt für Ostern, Pfingsten, Weihnachten und Neujahr folgendes Ergebnis:

Festtage		Jahres-durchsch. %	Tatsächliche Erkrankungen %
Ostern,	Donnerstag vor bis Mittwoch nach	1,9	2,3
Pfingsten,	Donnerstag vor bis Mittwoch nach	1,9	3,5
Weihnachten / Neujahr	vom 22. 12. bis 4. 1.	3,8	14,0

Die Infektionen in der Weihnachtszeit sind fast viermal so groß wie sie nach dem Jahresdurchschnitt betragen müßten, für Pfingsten fast doppelt so hoch und für Ostern kaum erhöht.

Die Infektionen verteilen sich bei 100 Fällen auf den Monat folgendermaßen:

Vom 1. bis 10. des Monats	39%
„ 11. „ 20. „ „	35%
„ 21. „ 31. „ „	26%

Die Zahlen erklären sich zum Teil aus den Gehaltstagen am 1. und 10. des Monats.

Die Verteilung der Infektionen auf die Woche wurde gleichfalls bei 100 Fällen festgestellt. Der Sonnabend und Sonntag waren mit insgesamt 38% höher vertreten als die übrigen fünf Wochentage.

Die geographische Verteilung der Infektionsquellen.

Es ist für die Militärhygiene sehr wichtig festzustellen, woher die Hauptzahlen der Infektionen kommen. Diese Bedeutung haben besonders die Erfahrungen des Weltkrieges gezeigt, aber auch für ein

Friedensheer sind diese Ermittlungen wesentlich. Die Sanitätsberichte über die nationalspanische Armee beweisen auch in diesem Kriege ein Ansteigen der Zahl Syphiliskranker. Der Rückgang der Lueserkrankungen nach dem Weltkriege ist im deutschen Heer bis heute sehr bedeutend. Aber immer sind die Zugänge lueskranker Soldaten in den östlichen Standorten noch höher als in den westlichen. Die geographische Verteilung der Infektionsquellen und der Krankenzugänge wurde nach denselben Gesichtspunkten wie bei denen der Universitäts-Hautklinik untersucht. Die Zugänge der lueskranken Soldaten stammen aus 31 Standorten. Die als Infektionsquellen in Frage kommenden Personen wohnen zum großen Teil nicht in den Standorten. In der folgenden Aufstellung sind daher noch einmal alle Groß-, Mittel- und Kleinstädte sowie die Landkreise Schlesiens aufgezählt.

Niederschlesien.

	1.4.1926	31.3.1930	1.4.1930—31.3.1934		1.4.1934 - 31.3.1938	
	Kranke Soldaten %	Infekt.-Quellen %	Kranke Soldaten %	Infekt.-Quellen %	Kranke Soldaten %	Infekt.-Quellen %
a) Gebiete, die nicht an der Reichsgrenze liegen.						
Großstadt (Breslau)	18,9	21,8	39,2	27,0	14,7	9,9
16 Mittelstädte	20.8	16,8	22,4	12,6	29,4	30,8
41 Kleinstädte	3,6	1,7	2,8	3,6	2,1	3,3
19 Landkreise	—	3,9	—	1,8	—	2,2
b) Gebiete, die an der ehemaligen polnischen Grenze liegen.						
Mittelstadt (Glogau)	2,7	3,3	4,2	3,6	5,2	3,3
11 Kleinstädte	5,4	5,1	5,6	7,2	9,4	11,0
7 Landkreise	—	3,3	—	3,6	—	4,4
c) Gebiete, die an der ehemaligen tschechischen Grenze liegen.						
9 Mittelstädte	11,7	6,7	5,6	3,6	2,1	1,1
16 Kleinstädte	9,9	5,1	2,8	3,6	1,0	2,2
9 Landkreise	—	1,7	—	1,8	—	1,1

Oberschlesien.

a) Gebiete, die nicht an der Reichsgrenze liegen.						
4 Mittelstädte	0,9	3,3	2,8	1,8	4,2	3,3
9 Kleinstädte	1,8	3,3	2,8	3,6	7,3	3,3
4 Landkreise	—	—	—	1,8	—	1,1
b) Gebiete, die an der ehemaligen polnischen Grenze liegen.						
3 Großstädte	—	5,1	—	3,6	4,2	5,5
2 Mittelstädte	0,9	—	—	3,6	3,8	3,3
5 Landkreise	—	1,7	—	1,8	—	2,2
c) Gebiete, die an der ehemaligen tschechischen Grenze liegen.						
4 Mittelstädte	14,4	8,4	5,6	5,4	8,4	5,5
5 Kleinstädte	7,2	6,7	2,8	3,6	6,3	3,3
4 Landkreise	—	—	—	1,8	—	1,1

Außerhalb Schlesiens.

Aus d. übrigen Reich	1,8	1,7	1,4	3,6	1,0	1,1

Die höhere Zahl an Lueskranken stellen im allgemeinen auch die großen Standorte (Breslau, Liegnitz, Görlitz, Hirschberg, Schweidnitz, Brieg, Neiße und Oppeln). Von den kleinen sind es wieder die an der Ostgrenze Schlesiens gelegenen Standorte. Auffällig war, daß die Infektionsquellen für die 12 Soldaten, die sich vor ihrem Eintritt in das Heer infiziert haben, in 8 Fällen aus Oberschlesien stammten. Der Name der Infektionsquelle war meistens unbekannt. Es liegt die Vermutung nahe, daß sich das gesamte Bild auch zum Teil durch die Verlegung von Standorten in kleinere Orte verschoben hat. Arbeiten hierüber aus anderen Gebieten des Reiches würden aufschlußreich sein. Aber auch die allgemeine Verschiebung der Lues bei der Zivilbevölkerung scheint mehr in die Mittel- und Kleinstädte zu gehen, da auch die als Infektionsquellen in Frage kommenden Zivilangehörigen in Niederschlesien nicht mehr aus der Großstadt kommen. In Oberschlesien liegen die Verhältnisse anders. Alle diese Zahlen sind wegen der Kleinheit des Gesamtkrankenguts nur sehr vorsichtig zu bewerten. Dazu kommt, daß, sobald in einem Bezirk mehrere Infektionen nacheinander folgen, in diesem auch mehr geforscht wird. Die Zahlen kommen dann verhältnismäßig noch höher als in anderen Gebieten zu liegen, in denen ein solcher Eifer im Augenblick nicht nötig zu sein scheint. Es ist überhaupt schwer, die Lues nur auf bestimmte Orte zu beschränken. Das beweisen die folgenden Zahlen, in denen der Anteil der Infektionen im Standort zu denen außerhalb des Standortes festgestellt ist.

	1.4.1926— 31.3.1930	1.4.1930— 31.3.1934	1.4.1934— 31.3 1938
Infektion im Standort	43,4%	45,0%	51,0%
Infektion außerhalb des Standortes . . .	37,0%	34,5%	30,7%
Keine Angaben über den Ort der Infektion	19,6%	20,0%	18,3%

Es geht daraus hervor, daß in den meisten Fällen die Lues im Standort der Truppe erworben wird; aber ein großer Teil der Kranken hat sich auch außerhalb infiziert.

Zum Schluß folgt zur besseren Übersicht eine Skizze von Schlesien; die Schraffierung bezeichnet die Gegenden, in denen die Abnahme der Lues-Erkrankungen unter dem Gesamtrückgang liegt.

Zusammenfassung.

Die Arbeit über Infektionsquellenforschung bei Lues in Schlesien erfaßt insgesamt 1027 Krankenblätter der Universitäts-Hautklinik in Breslau, sowie der Standortlazarette Breslau, Schweidnitz und Neiße.

Zunächst folgen Untersuchungen an dem Krankengut der Universitäts-Hautklinik. Bei den Männern kommen als Infektionsquelle in der Hauptsache Personen mit wechselndem Wohnort, wie Reisende, Vertreter, Kaufleute, Händler und Binnenschiffer in Betracht. Bei den Frauen sind es meistens Hausangestellte, Prostituierte, Kellnerinnen, Büfettfrauen, geschiedene Frauen und Witwen.

Anschließend wird im Vergleich mit französischen Arbeiten die Gelegenheit der Infektion aufgezeigt. Die größte Vermittlerrolle der

Lues-Infektion übernimmt die Lokal-, Kino- und Tanzbekanntschaft. Als Infektionsquellen für Frauen folgen dann die Ansteckungen durch Ehemänner, durch das sogenannte Verhältnis und durch Bräutigame. Für Männer erfolgen die Infektionen nach der Lokalbekanntschaft größtenteils durch Prostituierte, weibliche Bedienung, durch die Freundin und die Straßenbekanntschaft. Die Gelegenheit zur Infektion, gegeben durch gemeinsame Arbeitsstätte, ist auf dem Lande höher als in der Stadt.

Die Untersuchung über das Alter der Infektionsquellen und Zeitumstände der Infektion ergeben, daß sich das Verhältnis der Altersklassen zueinander erheblich in Richtung einer höheren Beteiligung der Lebensjahre unter 23 verschoben hat. Die Infektionen finden in der Hauptsache im Winter und im Hochsommer, sowie in der Zeit um die hohen Festtage, insbesondere um Weihnachten, statt.

Bei der geographischen Erfassung ergibt sich folgendes Bild: Die Lues-Erkrankungen haben in den schlesischen Großstädten mehr abgenommen als in den Mittel- und Kleinstädten, wo heute die Hauptzahl der Infektionsquellen zu suchen ist. Die an der ehemaligen polnischen Grenze liegenden Gebiete sind stärker gefährdet als andere Gegenden Schlesiens.

Für die Kranken der Standortlazarette ergab sich, daß die Erkrankungen der Mannschaften auch bei Berücksichtigung ihrer hohen Zahl in der Truppe höher liegen als die der Unteroffiziere. Die Zahl der ermittelten Infektionsquellen ist in den letzten drei Jahren geringer. Der Grund liegt darin, daß sich in den letzten vier Jahren etwa 20% der lueskranken Soldaten vor Eintritt in die Wehrmacht infiziert haben.

Für Soldaten erfolgte die Infektion ebenfalls zum größten Teil durch die Lokalbekanntschaften, dann folgen die Straßenbekanntschaft, das Verhältnis und die Bekanntschaften in der Truppenübungsplatz- und Manöverzeit. Die Ansteckung durch Prostituierte ist seltener.

Das Alter der lueskranken Soldaten ist nach Einführung der Wehrpflicht niedriger. Die Erkrankungen erfolgen meist im Herbst und Winter und auch wieder besonders um Weihnachten. Die Infektionen am Anfang des Monats und über Sonnabend und Sonntag sind häufiger, als an anderen Tagen des Monats bzw. der Woche.

Für die geographische Verteilung der Infektionsquellen finden wir folgende Ergebnisse: In den Großstädten haben die Infektionsquellen mehr abgenommen als in den Mittel- und Kleinstädten. Die stärkere Gefährdung der an der ehemaligen polnischen Grenze liegenden Gebiete kann auch hier bestätigt werden.

Es folgt eine Skizze der Provinz Schlesien.

Zum Schlusse sage ich Herrn Professor Dr. Gottron für die Anregung und Überlassung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank.

Branden-
burg
Ehema-
liges
Polen
Grünberg
Sprottau
Niederschlesien
Trachenberg
Burglau
Görlitz
Liegnitz
Breslau
Öls
Hirschberg
Schweidnitz
Brieg
Waldenburg
Ehema-
lige
Tschechei
Ober-
Schlesien
Oppeln
Neisse
Glatz
Beuthen
Kattowitz
Reichsgrenze vor
dem 1. X. 1939
Ehemalige Reichs-
grenze
Provinzialgrenze
Gebiete mit hoher
Infektionsquellenzahl

Literatur.

Breger: Die Geschlechtskrankheiten und ihre Gefahren für das Volk. R. v. Deckers Verlag, Berlin 1937.

Delere: Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung in der Provinz Westfalen unter Berücksichtigung der Tätigkeit der Beratungsstellen. Diss., Münster 1935.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Stellungnahme: Die internationale Arbeit auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Mitteilung der D.G.B.G. 1934/32, H. 9/10.

Dornedden u. Baland: Die Reichszählung der Geschlechtskrankheiten. Reichsgesundheitsblatt 1935, Nr. 3, 1. Beiheft. Nachtrag Nr. 28/604.

v. d. Driesch: Zur Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten. Diss., Münster/Düsseldorf 1933.

Flesch: Zur Frage des Alkoholgenusses in der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten. Gesundheit und Wohlfahrt 1937/17/S. 188.

Fröhlich: Beitrag zur Statistik der venerischen Erkrankungen in der Breslauer Hautklinik. Mitteilg. der D.G.B.G. 1931/29/7/8.

Gottschalk: Geschlechtskrankheiten bei Jugendlichen von 15—19 Jahren. Sozialhygiene der Geschlechtskrankheit 1936/H. 1.

Haustein: Statistik der Geschlechtskrankheiten. Im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von Jaddassohn, Bd. 22. S. 838—846.

Handbuch über den preußischen Staat: Provinzen Nieder- und Oberschlesien. R. v. Deckers Verlag, Berlin 1937.

Harmsen: Die Aufhebung der Bordelle und Beseitigung der Kasernierung als internationale Frage. Mitteilg. der D.G.B.G. 1934/32/9/10.

Herz: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Aufgaben des Arztes. Universitätsverlag Noske, Leipzig 1930.

Jaddassohn: Der Rückgang der Syphilis ein Erfolg der heutigen Bekämpfungsmethoden. Archiv f. Soziale Hygiene u. Demographie 1930, Bd. 5.

Jaeckel: Geschlechtskrankheiten. Im Lehrbuch der Militärhygiene v. Waldmann u. W. Hoffmann.

Jakobowski: Hat sich das Bild der Lues verändert? Diss., Frankf. 1934.

Morschhäuser: Praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Infektionsquellenforschung. Mitteilung der D.G.B.G. 1934/11/12.

— Vorschläge für ein internationales Zusammenarbeiten auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten bei Binnenschiffern. Öffentl. Gesundheitsdienst 2/416—423, 1936.

Massot et Joly: Essai sur la fréquence de syphilis à Rennes. Bull. Soc. franc. Dermat., Bd. 44/8/S. 1910—1916.

Müller: Krankenstatistik. Im Lehrbuch der Militärhygiene v. Waldmann u. W. Hoffmann.

Nohara: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dermat. Zeitschrift 1938, Bd. 77, S. 29—41.

Pautrier: A propos la communication de M. Touraine sur „Dix ans d'abolitionisme à Strassbourg". Bull. Soc. franc. Dermat., Bd. 45/1/S. 45.

Pinard, Corbillon et Jager: Statistique des maladies vénériennes dans notre service de l'Hôspital Cochin. Bull. Soc. franc. Dermat., Bd. 45/S. 10.

Pohlen: Einschleppung der Geschlechtskrankheiten aus dem Ausland. Reichsgesundheitsblatt 1934/6/S. 167.

Reichsgesetzblatt: 1933 Bd. I, S. 297 und 1937 Bd. II S. 109—116.

Riege: Weiterer Beitrag zur Statistik der Geschlechtskrankheiten an der Breslauer Universitäts-Hautklinik. Diss. 1937.

Ruge: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in d. deutschen Marine. Veröffentl. Mar.-San.-Wesen 1927.

— Die Bekämpfung der Geschlechtkrankheiten in der deutschen Kriegsmarine. Dtsch. Militärarzt 1936/I, S. 239—337.

Schiwy: Beitrag zur Statistik der venerischen Erkrankungen. Dissertation, Breslau 1928.

Sézary et Dury: Statistique de cas de syphilis récente observés au dispensaire Lailler. Bull. Soc. franc. Dermatol., Bd. 45/S. 319.

Siebert: Behandlungserfolge der Syphilis, insbesondere ihre Frühheilung in der deutschen Kriegsmarine. Dermat. Wochenschrift S. 1493—1504, 1517—1528, 1665—1666, Jahrgang 1936.

Smith u. Brumfield: Tracing the transmission of syphilis. Journ. americ. Med. Assoc. Bd. 101, Nr. 25.

Spiethoff u. H. Gottschalk: Auslegung der Geschlechtskrankenzählung 1934. Dtsch. Ärztebl. 1935/I/432—434.

Spiethoff: Ueber Wege und Ziele in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Tagungsbericht der D.G.B.G. v. 26. V. 1935.

Sanitätsberichte: Reichsheer 1921—1932, Reichsmarine 1931—1934.

Touraine et Fouassier: Dix ans d'abolitionisme à Strassbourg. Bull. Soc. franc. Dermat., Bd. 44/8/1940.

Touraine et Chon: Les sources de cotamination syphilitique. Bull. Soc. franc. Dermat., Bd. 44/4/689—698.

Thüringen: Rundschreiben d. Min. d. Inneren v. 30. VII. 32/9. VII. 34 und 13. VIII. 34.

Lebenslauf.

Ich, Heinz Ernst, wurde am 26. April 1914 als Sohn des damaligen Landrichters, jetzigen Landgerichtspräsidenten Dr. jur. Fritz Ernst und seiner Ehefrau Bertha, geborene Funcke, in Essen/Ruhr geboren. Nach dreijährigem Vorschulbesuch kam ich auf das Kaiserin-Augusta-Gymnasium in Berlin-Charlottenburg. Von 1930 bis 1934 besuchte ich wegen Versetzung meines Vaters nach Allenstein/Ostpreußen das dortige Gymnasium, das ich nach bestandener Reifeprüfung verließ. Am 1. April 1934 trat ich als Marine-Sanitätsoffizieranwärter in die Kriegsmarine ein. Ich studierte an den Universitäten Greifswald, Berlin, Münster und Breslau. Die ärztliche Vorprüfung und das Staatsexamen legte ich in Berlin ab. Zur Zeit bin ich als Marineassistenzarzt zum Marinelazarett Kiel-Wik kommandiert.